

LISTADO DE SÍNTOMAS SCL-90-R: ANÁLISIS DE SU COMPORTAMIENTO EN UNA MUESTRA CLÍNICA

SYMPTOM CHECK LIST SCL-90-REVISED: ANALYSIS IN PSYCHIATRIC PATIENTS

CARRASCO ORTIZ, M. A.; SÁNCHEZ MORAL, V.; CICCOTELLI, H. Y DEL BARRIO, V.
Facultad de Psicología. UNED

Recibido 3-11-02

Aceptado 20-06-03

Resumen

Se analizan los primeros resultados exploratorios sobre el comportamiento del Listado de Síntomas, SCL-90-R (Derogatis, 1983) en una muestra clínica evaluada y tratada en el Servicio de Psicología Aplicada de la UNED. La muestra estuvo constituida por 87 sujetos (60,9% varones y 39,1% mujeres) con una edad media de 36,25 años. Las mujeres evaluadas puntuaron significativamente más en muchas de las escalas, así como en los tres índices de severidad global del autoinforme, en cambio, no aparecieron diferencias por edad. Los resultados hallados muestran propiedades psicométricas adecuadas. El instrumento se ha mostrado sensible al cambio tras la intervención psicológica, sin embargo, el estudio de perfiles y su relativa concordancia con el diagnóstico clínico sugieren la utilización de este instrumento como prueba de despistaje o cribado más que como una prueba diagnóstica.

Abstract

We show the first exploratory results on the Symptom Checklist SCL-90-R used in a clinical sample assessed and treated in the Applied Psychology Service of the UNED. The sample was composed by of 87 subjects (60,9% men and 39,1% women) with a mean age of 36,25 years. Women scored significantly higher in many scales and so did in the tree global severity indexes. On the other hand, there were no differences on age. The results found show apropiate psychometric properties. The instrument is sensitive to changes produced after a psychological intervention but the profiles studied and its relatively concordance with the clinical diagnosis suggest the use of the instrument is more a screening test than a diagnosis.

Palabras clave: Listado de síntomas, SCL-90, propiedades psicométricas, psicopatología.

Key words: Symptom check list, SCL-90, psychometric properties, psychopathology.

Introducción

El Listado de Síntomas Revisado SCL-90-R (Derogatis, 1977a, b; Derogatis, 1983) procede de la revisión del SCL-90 de Derogatis, Lipman y Covi (1973), cuyo origen surge del listado de síntomas de la Universidad de Johns Hopkins HSCL en los años 50.

Este instrumento fue creado para la valoración y detección de sintomatología psiquiátrica de forma autoaplicada. Numerosos estudios lo han utilizado tanto en el ámbito de la psiquiatría como de la psicología y hasta un total de 1860 referencias han incorporado este instrumento en los trabajos recogidos en PSICOINFO desde 1992 hasta 2003. La utilización de este instrumento ha tenido por objeto diferentes propósitos, entre otros, la detección de sintomatología psicopatológica y su intensidad, la identificación de casos clínicos, la evaluación de los efectos de una intervención terapéutica, o la delimitación de los distintos cuadros diagnósticos.

Las propiedades psicométricas del SCL-90-R recogidas en la literatura más reciente, han sido adecuadas tanto en población clínica (Aben, Verhey, Lousberg, Lodder y Honig, 2002; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002; Hafkenscheid, 1993; Robles, Andreu y Peña, 2002; Schmitz, Hartkamp, Franz, Buse, Karig y Tres, 2002) como en población normal (González de Rivera et al., 2002; Torres, San Sebastián, Ibarretxe y Zumalabe, 2000). Los coeficientes calculados de fiabilidad para el total de la escala y para cada una de las subescalas han sido superiores a 0.70 alcanzando valores hasta de 0.90. Estos coeficientes se han calculado con muestras clínicas que han oscilado desde 167 sujetos hasta 1180 y con muestras de población normal cuyo número ha llegado a ascender hasta 630 sujetos. La validez ha sido analizada a través de la convergencia con otras escalas similares, con el diagnóstico clínico realizado por un especialista o mediante el análisis de perfiles y dimensiones subyacentes en diferentes muestras. Los distintos indicadores de validez han resultado, en general, satisfactorios. Por ejemplo, la validez convergente con las escalas correspondientes del MMPI de Hathaway y McKinley (1951) (Derogatis, Rickels y Rock, 1976) y con el Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (1991)

(González de Rivera et al., 2002) o con las escalas de Hamilton para la depresión y ansiedad (Bech, Maier, Albus y Allerup, 1992) han mostrado altas correlaciones. En cuanto a la validez criterial, Peveler y Fairburn (1990) encuentran que el SCL-90 es un buen predictor de los síntomas neuróticos. Aben et al. (2002) encuentran que la subescala de depresión del SCL-90 posee una Sensibilidad del 80% y una Especificidad del 60% en pacientes diagnosticados de depresión que habían sufrido un derrame cerebral. Otros trabajos han analizado la sensibilidad de este instrumento al cambio terapéutico (Derogatis, 1983; Schauenberg, 1999; Bech et al., 1992; Turner, Jacob, Beidel, Himmelhoch, 1985) encontrando porcentajes bajos de falsos negativos, tanto en pacientes internos como ambulatorios (Hafkenscheid, 1993). Una evidencia más de validez criterial ha sido la comparación entre el análisis de los perfiles resultantes del SCL-90 y el diagnóstico clínico, las similitudes entre ambos han puesto de manifiesto una clara coherencia entre el cuadro clínico y el perfil sintomático, especialmente en los desórdenes de ansiedad y depresión (De las Cuevas et al., 1991; Kennedy, Morris, Pedley y Schwab, 2001). Sin embargo, a pesar de esta coherencia y de la capacidad del instrumento para discernir entre sujetos psicológicamente saludables o no, es preciso resaltar las deficiencias que ha presentado para discriminar entre diferentes grupos diagnósticos (Hafkenscheid, 1993), así como la variabilidad factorial de sus dimensiones en función de la muestra y de otras variables culturales y sociodemográficas (Cyr, McKenna-Foley, Peacock, 1985; Martínez-Azumendi, Fernández-Gómez y Beita-Fernández, 2001; De las Cuevas et al., 1991; Torres et al., 2000). Todo ello indica, la adecuación de esta medida más para la obtención de un dato global de malestar que para el diagnóstico o la identificación de un cuadro clínico específico.

Claramente las puntuaciones medias del SCL-90 son superiores en población clínica, lo que hace del instrumento una importante herramienta de despistaje, pero además estas puntuaciones han de ser consideradas también en relación con otras variables de carácter sociodemográfico, como el sexo o la edad. Las mujeres parecen mostrar, en muchos estudios, mayores niveles tanto en los índices globales como en alguna de las dimensiones del listado (González

de Rivera et al., 2002; De las Cuevas et al., 1991; Hafkenscheid, 1993; Li, Huang, Yang y Zhu, 2002). En relación con la edad han aparecido escasas diferencias (De las Cuevas et al., 1991; Hafkenscheid, 1993).

El trabajo que presentamos ha tratado de explorar en una muestra clínica piloto el comportamiento del Listado de Síntomas, en relación con el sexo, la edad y algunos grupos diagnósticos, así como el análisis preliminar de su calidad psicométrica. Esperamos encontrar datos acordes con la literatura e indagar sobre las posibilidades del instrumento y sobre su valor clínico en cuanto al diagnóstico y al despistaje.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 87 sujetos que han asistido al servicio de Psicología Aplicada de la UNED (SPA) para solicitar ayuda y atención psicológica. Según sexos la muestra la componen 53 mujeres y 34 varones, representando respectivamente el 60,9% y el 39,1% de la muestra total. La media de edad es de 36,25 años y la desviación típica de 11,7. De acuerdo con el DSM-IV-R (1994) los sujetos fueron clasificados en los siguientes grupos diagnósticos: Depresión Mayor (44,3%), Trastornos de Ansiedad (43,2%), Mixto ansiedad-depresión (1,1%), Trastornos Psicóticos (5,7%), Disfunciones Sexuales (2,3) y Otros (3%).

Procedimiento

Cuando el usuario llega al Servicio de Psicología Aplicada, antes de comenzar las sesiones terapéuticas, se le pide que complete el SCL-90-R (Derogatis, 1983), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, 1979) y un cuestionario con datos sociodemográficos. Una vez realizada esta primera exploración se procede a una evaluación más exhaustiva a partir de la cual se inicia el proceso terapéutico con la delimitación de los objetivos adecuados a su demanda y de acuerdo con la evaluación realizada. Finalizado el tratamiento psicológico y antes de pasar a la fase de seguimiento el paciente cumplimenta de

nuevo los instrumentos mencionados antes de pasar a la fase de seguimiento. De esta forma, tanto el SCL-90-R en cuestión, como el resto de instrumentos son aplicados al comienzo y al final del proceso terapéutico. Tras la recopilación de las medidas a lo largo de los dos últimos años se ha realizado el análisis de los datos con el programa estadístico para ciencias sociales SPSS.11.0.

Instrumentos

- Listado de Síntomas Revisado SCL-90-R (Derogatis, 1983. Adaptación al castellano por González de Rivera y cols., 2002)

El SCL-90-R (Derogatis, 1983) es un cuestionario multidimensional autoaplicado. Está conformado por 90 ítems, diseñados originalmente para evaluar el grado de malestar en pacientes psiquiátricos, como también en sujetos no clínicos. El malestar psicológico está medido en nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo). A partir de estas dimensiones se obtienen tres índices globales de malestar que son indicativos de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general: el primero es el Índice Global (GSI, *Global Symptom Index*) que indica el grado del malestar general e indiscriminado de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global. De acuerdo con Derogatis (1983), el Índice Global de Severidad (GSI) es el mejor indicador de *distress* y debería ser usado cada vez que se necesite un solo índice de evaluación; el segundo es el Total de Síntomas Positivos (PST, *Positive symptom total*) también llamado Total de Respuestas Positivas; por último, el tercero, es el Índice de Distress de Síntomas Positivos (PSDI, *Positive symptom distress index*) que relaciona el sufrimiento o *distress* global con el número de síntomas, y es por lo tanto, un indicador de la intensidad sintomática medida. Las dimensiones primarias de síntomas proveen un perfil de las áreas de psicopatología, y los ítems individuales dan información del nivel discreto del síntoma. El tiempo estimado para su realización es de 12 a 15 minutos, por lo que resulta económico su apli-

cación en la práctica clínica. Puede ser administrado a partir de los 13 años y es posible la administración verbal cuando el paciente tiene un bajo nivel educativo (Derogatis, 1983).

Cada ítem del SCL-90-R se valora de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos indicando el malestar percibido en los últimos 7 días (0 = «nada»; 1 = «un poco»; 2 = «moderadamente»; 3 = «mucho»; 4 = «muchísimo»). La puntuación de cada dimensión es calculada como la media de los ítem constituyentes.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

El BDI es un instrumento autoaplicado de 21 ítems usado para evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Los reactivos evalúan los síntomas a nivel cognitivo, motor, afectivo y somático (Teri, 1982). Por cada ítem el paciente puede seleccionar entre cuatro posibles alternativas que van de 0 a 3 según la severidad del síntoma. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los ítems y oscila en un rango de 0 a 63 puntos. Según esta versión, las puntuaciones obtenidas pueden clasificarse de forma orientativa en las siguientes categorías:

Estado no depresivo de 0 a 9; depresión media o disforia de 10 a 18; depresión moderada de 19 a 29; y depresión grave o severa de 30 a 63. El tiempo estimado para su administración es aproximadamente de 10 minutos. Ha sido un instrumento ampliamente utilizado para el despistaje de la sintomatología depresiva y sus propiedades psicométricas están bien establecidas (Beck, Steer y Garbin, 1988).

Resultados

A continuación se presentan los resultados en tres subapartados conforme a las propuestas objeto de este estudio: (1) análisis exploratorio de datos descriptivos y perfiles; (2) propiedades psicométricas del cuestionario SCL 90 R; y (3) otros cálculos de utilidad clínica. Posteriormente los comentaremos más detalladamente en la Discusión.

Descriptivos y perfiles

En la tabla 1 se muestran las puntuaciones promedio obtenidas para las diferentes escalas del SCL -90- R y para el BDI.

Tabla 1. Descriptivos en cada una de las dimensiones del SCL-90-R, en los índices globales y en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) antes y después de la intervención terapéutica

		PRE				POST**			
		Mín	Máx	Media	Desv. típ.	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Dimensiones SCL	Somatización	.00	3.58	.90	.79	.00	1.58	.44	.39
	Obsesión - Compulsión	.00	3.60	1.42	.91	.00	2.50	.55	.55
	Susceptibilidad interpersonal	.00	3.89	1.18	.81	.00	1.78	.53	.45
	Depresión	.08	3.62	1.68	.94	.00	2.23	.53	.49
	Ansiedad	.10	3.30	1.19	.77	.00	2.30	.52	.58
	Hostilidad	.00	3.50	.97	.85	.00	1.50	.30	.41
	Ansiedad Fóbica	.00	3.71	.56	.80	.00	2.29	.24	.48
	Ideación paranoide	.00	3.83	.95	.86	.00	1.67	.44	.39
	Psicoticismo	.00	3.20	.68	.58	.00	.70	.17	.20
Índices globales	Severidad global	.14	3.29	1.12	.67	.05	1.63	.44	.37
	Total Síntomas Positivos	0	87	44.76	19.91	0	64	9.09	15.67
	Malestar Síntomas Positivos	1.00	2.99	1.81	.49	.86	2.02	1.17	.30
BDI*	Puntuación total	0	50	18.85	10.26	0	9	2.55	2.73
	Puntuación niveles gravedad	1	4	2.43	.96	1	1	1.00	.00

* El número de sujetos que pasó el BDI fue de 40 (en razón de criterios diagnósticos).

** El número de sujetos que pasó el SCL 90 R después de la intervención terapéutica fue 30.

Los resultados postest y la concurrencia con los del BDI se exponen en los siguientes subapartados y en la discusión posterior. A continuación, aparecen las primeras operaciones realizadas con las contestaciones de los 87 sujetos que pasaron el SCL en una primera entrevista.

En primer lugar se elaboró un perfil de la muestra y se establecieron las primeras comparaciones por cuestión de género. Ver Gráfico 1.

Como se puede apreciar las mujeres han alcanzado valores superiores a los de los hombres en todas las dimensiones del cuestionario excepto en hostilidad, ansiedad fóbica y psicotismo. Se realizaron contrastes de medias a través de la T de Student y las diferencias resultaron estadísticamente significativas, con al menos una probabilidad de 0.05 ($p < 0.05$). Del mismo modo han aparecido estas diferencias en los tres índices globales ($p < 0.05$), así como en las puntuaciones del BDI (también $p < 0.05$).

En segundo lugar, se efectuaron todas las comparaciones entre los grupos de sujetos que habían puntuado por encima y por debajo de la media en cada una de las dimensiones. Y como se ve en el ejemplo de la tabla 2, se ha encontrado que puntuar alto en cualquiera de las dimensiones del SCL va asociado con puntuaciones también significativamente ($p < 0.01$) mayores en el resto de las dimensiones, así como en los tres índices globales. Por razones de espacio, sólo se presentan los datos relativos a las puntuaciones extremas en la dimensión de somati-

zación, pero de la misma forma en todas las dimensiones se obtuvieron similares resultados cuando las puntuaciones extremas pertenecían al resto de dimensiones.

Se realizó este mismo análisis comparativo por grupos de edad no encontrándose diferencias destacables en ninguna de las escalas.

En cuanto a las correlaciones entre las escalas del SCL-90-R, la puntuación pretest del BDI y la edad, los resultados se recogen en la tabla 3. Puede apreciarse que las diferentes subescalas de listado de síntomas resultaron altas y significativas, lo que muestra la dependencia de las dimensiones y la comorbilidad o concurrencia sintomática. Destacan también las elevadas correlaciones entre cada una de las dimensiones y la puntuación en depresión, poniendo de manifiesto las relaciones entre éstas variables, quizás como denominador común de un malestar general. Por último, la edad no correlacionó significativamente con ninguna de las variables y resalta el sentido negativo de muchas de ellas (ver tabla 3).

Consideraciones psicométricas

Los estadísticos proporcionados por la Teoría Clásica de los Tests (TCT) son dependientes de las características de la muestra en que se calculan (Muñiz, 1998), por tanto, las características de la muestra hacen que los resultados estén en dependencia de las mismas y las con-

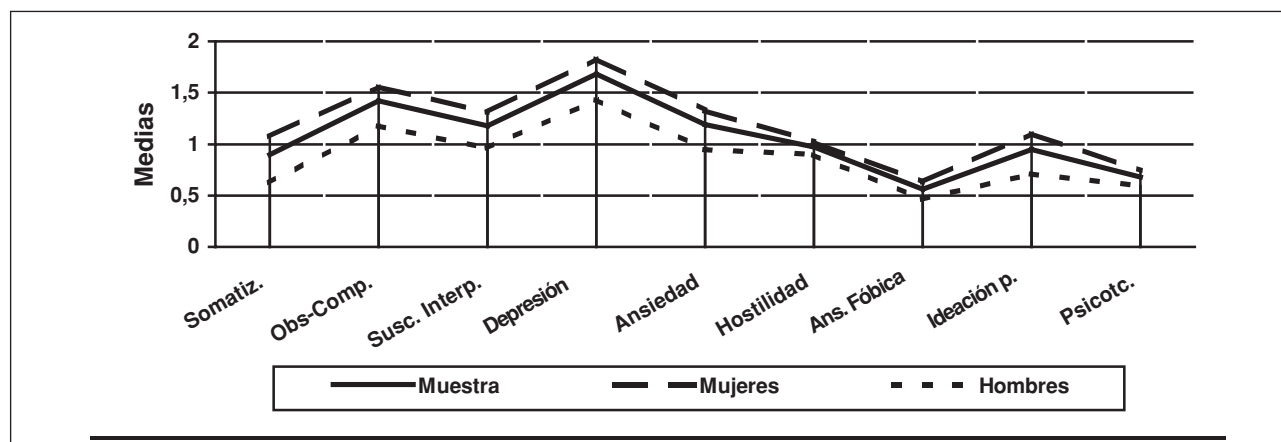


Gráfico 1. Perfiles del SCL-90 por grupos de sexo y en el total de la muestra.

Tabla 2. Diferencias de medias en las dimensiones del SCL-90 entre grupos con puntuaciones extremas en la dimensión de somatización					
	Grupos extremos* por dimensiones	Media	t	gl	Sig. (bil.)
Obsesión-compulsión	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,95 1,03	5,334	83	,0001
Susceptibilidad interpersonal	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,57 ,89	4,165	83	,0001
Depresión	Altos en Somatización Bajos en Somatización	2,23 1,28	5,284	83	,0001
Ansiedad	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,76 ,76	7,708	83	,0001
Hostilidad	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,32 ,72	3,468	83	,001
Ansiedad fóbica	Altos en Somatización Bajos en Somatización	,94 ,29	4,007	83	,0001
Ideación paranoide	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,33 ,68	3,706	83	,0001
Psicoticismo	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,00 ,45	4,779	83	,0001
Severidad global	Altos en Somatización Bajos en Somatización	1,60 ,77	7,384	83	,0001
Total de síntomas positivos	Altos en Somatización Bajos en Somatización	59,14 36,94	6,858	83	,0001
Malestar por síntomas positivos	Altos en Somatización Bajos en Somatización	2,10 1,59	5,497	83	,0001

* El criterio es estar por encima o por debajo de la media (en Somatización: Media = .90).

Tabla 3. Correlaciones de Pearson a dos colas entre dimensiones del SCL-90-R, puntuación total del BDI y edad														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Somatización	—													
2. Obs.-compulsión	.59*	—												
3. Suscep. Interper.	.49*	.78*	—											
4. Depresión	.60*	.81*	.75*	—										
5. Ansiedad	.77*	.75*	.61*	.69*	—									
6. Hostilidad	.40*	.65*	.68*	.59*	.47*	—								
7. Ansiedad Fóbica	.52*	.68*	.54*	.49*	.70*	.44*	—							
8. Ideac. paranoide	.43*	.61*	.80*	.64*	.46*	.68*	.43*	—						
9. Psicoticismo	.63*	.69*	.71*	.71*	.70*	.62*	.65*	.72*	—					
10. Sever. global	.76*	.90*	.84*	.89*	.86*	.71*	.71*	.73*	.84*	—				
11. Total síntomas	.69*	.81*	.80*	.82*	.78*	.56*	.60*	.65*	.76*	.89*	—			
12. Males. síntomas	.60*	.72*	.59*	.72*	.66*	.63*	.55*	.53	.65*	.76*	.50*	—		
13. Total BDI	.52*	.60*	.48*	.75*	.61*	.52*	.38*	.60*	.65*	.76*	.65*	.65*	—	
14. Edad	.12	-.08	-.11	-.07	-.12	-.01	-.15	-.06	-.16	-.06	.11	.03	.14	—

* Significación $p < 0.01$.

clusiones finales tendrán que referirse a ellas. Se estudió la fiabilidad del instrumento a partir de los datos obtenidos y se valoró frente a otras referencias de la literatura. Para ello, se calculó el *alfa de Cronbach* para toda la escala (0.97), y para cada una de las subescalas respectivamente: Somatización (0.87); Obsesión-Compulsión (0.87); Susceptibilidad interpersonal (0.83); Depresión (0.89); Ansiedad (0.84); Hostilidad (0.84); Ansiedad Fóbica (0.88); Ideación Paranoide (0.80) y Psicoticismo (0.76).

Otro objetivo del estudio fue indagar sobre la Validez del cuestionario en orden a poder ser utilizado para la evaluación clínica. Se exploró fundamentalmente la validez predictiva, concretamente la de pronóstico y la concurrente (Muñiz, 1998):

- El análisis de la Validez Predictiva de Pronóstico se estudió a través de la correspondencia entre el diagnóstico clínico DSM-IV realizado por terapeutas y las puntuaciones que superaban el punto de corte de las subescalas en las dimensiones de depresión y ansiedad (utilizando como criterio de corte las puntuaciones superiores a la media psiquiátrica del estudio de Glez-Rivera y cols., 2002). Los datos mostraron una coincidencia diagnóstica del 74.2% para la Depresión y del 25% para la Ansiedad.
- El análisis de la Validez Predictiva Concurrente se realizó con el estudio de la correlación entre la Dimensión Depresión del

SCL con el Inventario de Depresión de Beck (BDI). De ello resultó una Correlación de Pearson (0.69) ($n = 40$; $p < 0.01$).

Finalmente, se han considerando como buenos indicadores de Validez los resultados encontrados tras el estudio de perfiles test/retest y por grupos diagnósticos, como se recogen en el siguiente apartado.

Otros análisis de utilidad clínica

Como ya se ha expuesto, todos los datos de este trabajo de investigación provienen de la actividad clínica. Así es como pudo estudiarse la concurrencia de resultados entre el BDI y el SCL 90 R. Se presenta esta relación en el Gráfico 2.

Según estos datos se observa que el SCL-90-R es un buen indicador para detectar signos y síntomas depresivos y, como se comenta más adelante, ulteriores investigaciones podrían llevar a estimar un punto de corte como criterio de evaluación.

Para ver si esta concordancia se daba en otras categorías diagnósticas se abordó el estudio del grupo de sujetos que cada terapeuta había diagnosticado de Trastorno de Ansiedad, por una parte, y de Depresión, por otra. A falta de un instrumento específico que hubiera sido empleado con carácter general (como era el caso del BDI para la depresión), se realizó un análisis del perfil SCL de cada uno de los gru-

Tabla 4. Coeficientes alfas obtenidos en distintos trabajos

SCL-90-R	Gzalez-Rivera et al. (2000) (N = 219)	Hafkenscheid (1993) (N = 437)	Robles et al. (2002) (N = 460)	Torres et al. (2000) (N = 366)
Somatización	0,81	0,87	0,85	0,90
Obs. compulsión	0,87	0,81	0,84	—
Suscept. Interp.	0,81	0,84	0,77	—
Depresión	0,87	0,89	0,82	0,91
Ansiedad	0,88	0,88	0,79	—
Hostilidad	0,85	0,76	0,78	0,87
Ansiedad fóbica	0,83	0,89	0,69	—
Idea. Paranoide	0,81	0,80	0,76	—
Psicoticismo	0,86	0,76	0,81	—
Total SCL-90	—	—	0,96	—

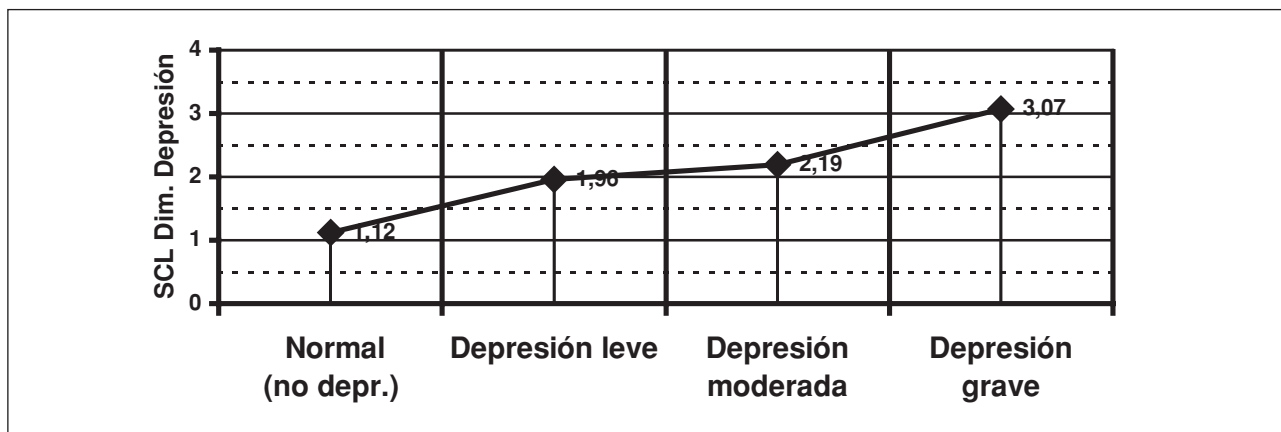


Gráfico 2. Promedios en la dimensión del SCL-90-R en cada grupo de severidad depresiva obtenida por el BDI.

pos, el cual se puede ver en el Gráfico 3 presentado en forma de histograma comparativo.

Lo más destacable de estos datos, es que los sujetos diagnosticados de Depresión puntúan significativamente más alto frente a los diagnosticados de Ansiedad en las Dimensiones del SCL de Obsesión-compulsión ($t = 2.653$; $p = 0.01$; g.l.= 73), Susceptibilidad Interpersonal ($t = 2.128$; $p = 0.037$; g.l.= 73), Ideación Paranoide ($t = 2.947$; $p = 0.04$; g.l.= 73), Psicoticismo ($t = 2.105$; $p = 0.039$; g.l.= 73) y Depresión ($t = 4.726$; $p = 0.0001$; g.l.= 73) (también la depresión eva-

luada por el BDI) y presentan una mayor Severidad Global ($t = 2.856$; $p = 0.006$; g.l.= 73), número total de síntomas positivos ($t = 2.527$; $p = 0.014$; g.l.= 73) y Malestar de síntomas ($t = 2.648$; $p = 0.01$; g.l.= 73). Sin embargo, como dato a resaltar, los diagnosticados de Ansiedad no puntúan más que los diagnosticados de Depresión en la Dimensión Ansiedad del SCL 90 R.

Para finalizar con esta exposición de resultados, se hace de nuevo mención a los resultados referentes a la comparación de las puntuaciones antes y después del tratamiento. Pues bien, en el

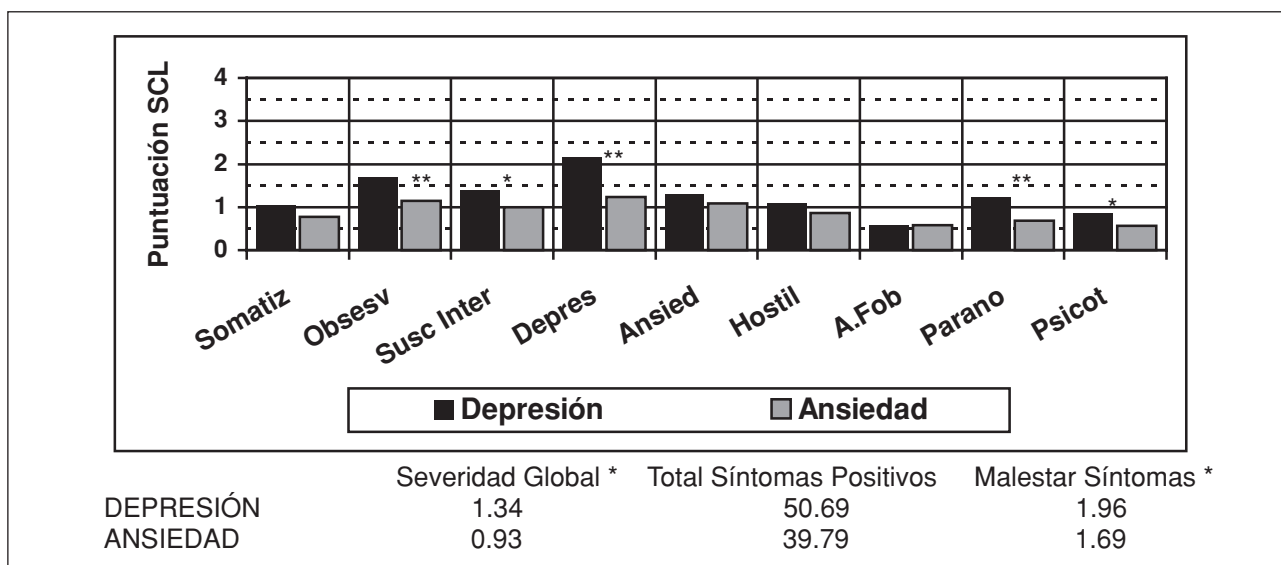


Gráfico 3. Comparación de medias (t de Student) en las dimensiones del SCL-90 y los índices globales entre los grupos diagnosticados de depresión y ansiedad.

momento en que se realizó este estudio no todos los sujetos a los que se refieren los resultados, aquí arriba expuestos, pasaron el SCL en una segunda ocasión (ver tabla 1). Sin embargo, a pesar del reducido número que sí lo hicieron, se presentan en el Gráfico 4 los datos dada la significación de las diferencias pretratamiento y postratamiento: Somatización ($t = 3.48$; $p = 0.002$; g.l.= 27); Obsesión-compulsión ($t = 4.79$; $p = 0.000$; g.l.= 27); Susceptibilidad Interpersonal ($t = 4.89$; $p = 0.0001$; g.l.= 27); Depresión ($t = 5.73$; $p = 0.000$; g.l.= 27); Ansiedad ($t = 6.10$; $p = 0.000$; g.l.= 27); Hostilidad ($t = 3.68$; $p = 0.001$; g.l.= 27); Ansiedad fóbica ($t = 2.66$; $p = 0.013$; g.l.= 27); Ideación Paranoide ($t = 2.85$; $p = 0.008$; g.l.= 27); Psicoticismo ($t = 4.94$; $p = 0.0001$; g.l.= 27). Esto refleja la sensibilidad del instrumento a los cambios post-intervención.

Discusión

Los resultados muestran descriptivos similares a los presentados en otros trabajos con población clínica (De las Cuevas et al. 1991; González de Rivera et al., 2002; Schmitz, Hartkamp, Franz, Buse, Karig y Tres, 2002). De acuerdo con los resultados procedentes de la adaptación española del SCL-90-R (González de Rivera et al., 2002) las medias en cada una de las dimensiones han sido próximas salvo en las dimensiones de somatización y susceptibilidad interpersonal; la primera inferior y la segunda superior a la muestra de referencia.

A propósito de las variables *edad* y *sexo* y en línea con otros trabajos, la edad no correlacionó significativamente con ninguna de las puntuaciones (De las Cuevas et al., 1991, Hafkenscheid, 1993). El sexo, sin embargo, si arrojó diferencias a favor de las mujeres, éstas puntuaron significativamente más en todos los índices globales además de en la mayoría de las escalas, exceptuando: hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo. Concretamente, en población general española González de Rivera et al. (2002) hallaron en las mujeres puntuaciones significativamente superiores en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, así como en el índice global de gravedad, el total de síntomas positivos y el índice global de malestar. En población clínica, De las Cuevas et al. (1991) encuentra similares resultados, las mujeres superaron a los hombres en los índices de gravedad percibida de los síntomas, en la intensidad de los mismos y en las mismas dimensiones que el trabajo citado anteriormente. Estos resultados parecen extrapolarse a otras culturas. Li, Huang, Yang y Zhu (2002) en una muestra universitaria china, hallan que las mujeres puntúan por encima de los hombres en ansiedad fóbica pero más bajo en sensibilidad interpersonal y obsesión-compulsión. En el estudio de Hafkenscheid (1993), las mujeres puntuaron significativamente más en la subescala de ansiedad fóbica.

En relación con la edad, los estudios anteriores muestran escasas diferencias con los datos aquí presentados. En el estudio de De las

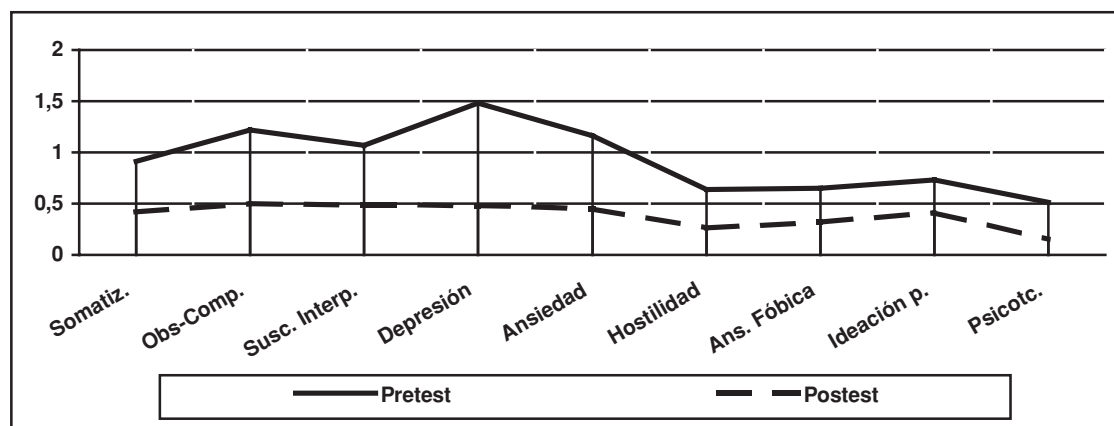


Gráfico 4. Perfiles SCL previo y posterior a la intervención terapéutica.

Cuevas et al. (1991) las correlaciones entre la edad y las puntuaciones del SCL-90 no resultaron significativas salvo una correlación negativa para la sensibilidad interpersonal y la hostilidad. Hafkenscheid (1993) encuentra en una muestra con un rango de edad entre 14 y 38 años que la edad y la sintomatología del SCL-90 no correlacionan. Aunque parece que muchos estudios coinciden en la dirección de estos datos respecto del sexo y de la edad, estas diferencias no siempre son obtenidas. Schmitz et al. (2002) no encuentra diferencias de sexo entre las subescalas y sí en cambio entre distintos grupos de edad: los sujetos por encima de 31 años puntuaban más en somatización y los sujetos de 16 a 30 años en sensibilidad interpersonal. Los datos no son coincidentes entre todos los trabajos, quizás las diferencias sean atribuibles a los distintos rangos de edad establecidos y a las características particulares de cada una de las muestras.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, la fiabilidad resultó muy adecuada tanto en el total del Listado, con una consistencia interna de 0.97, como en cada una de sus dimensiones con valores que han oscilado entre 0.76 y 0.87, resultados equiparables a los aportados por otros trabajos (González de Rivera et al., 2002; Hafkenscheid, 1993; Torres et al., 2000).

En cuanto a la validez predictiva de pronóstico, realizada con el criterio diagnóstico externo de un terapeuta y la validez predictiva concurrente, analizada por la convergencia con el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1979), aparecieron resultados parcialmente satisfactorios. Atendiendo a los criterios diagnósticos llevados a cabo con el DSM-IV, la concurrencia con las escalas correspondientes del SCL-90-R fue aceptable en el caso de la depresión, en cambio, en el caso de los diagnósticos de ansiedad fue escasa. La validez concurrente en apoyo al primer dato, entre la escala de depresión del Listado de síntomas y el BDI, también resultó adecuada. En relación con estos resultados, algunos trabajos han encontrado una sensibilidad para la depresión en la subescala de depresión del SCL-90 con valores próximos a 0.80, tomando como puntos de corte 2.5 en el SCL-90 y 10 para el BDI (Aben et al., 2002) y una adecuada validez concurrente con

la Escala de Hamilton para la depresión y la ansiedad (Bech et al., 1992). Aunque en este último caso, la concurrencia se calculó con una subescala de malestar con seis ítems extraída del SCL-90 y no con las subescalas específicas. Los datos de la literatura consultada apoyan la validez concurrente de la subescala de depresión con el diagnóstico clínico de depresión que hemos hallado en este trabajo, pero no la escasa concurrencia encontrada en los diagnósticos de ansiedad.

El análisis de los perfiles del SCL-90 en los distintos diagnósticos también es un elemento de comparación que arroja luz sobre la validez del instrumento. Los resultados aquí presentados han encontrado entre los sujetos depresivos un perfil dimensional que destaca especialmente en depresión y obsesión compulsión y en menor medida en las subescalas de susceptibilidad interpersonal e ideación paranoide. En el grupo de sujetos con alteraciones de ansiedad la mayoría de las escalas no superaron el promedio de 1 punto sobre un máximo de 4, salvo obsesión-compulsión, depresión y ansiedad. Si se comparan los perfiles de ambos grupos diagnósticos, los pacientes afectados de alteraciones del estado de ánimo respecto de los de ansiedad destacaron en las dimensiones de somatización, obsesión compulsión, susceptibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y psicoticismo, pero sorprendentemente, no en las de ansiedad. Kennedy et al. (2001) estudiaron la correspondencia entre los perfiles obtenidos por el SCL-90 y los diagnósticos realizados con el DSM-III-R, los sujetos diagnosticados con depresión y trastorno mixto presentaron puntuaciones significativas en las subescalas del SCL-90 de depresión, ideación paranoide, susceptibilidad interpersonal, hostilidad y Psicoticismo, mientras que los sujetos diagnosticados con ansiedad generalizada y trastorno de pánico, además de puntuar más en las subescalas de depresión y hostilidad, lo hacían también en las de somatización y ansiedad. Las subescalas que marcaron más diferencias entre la depresión mayor y el trastorno de pánico fueron las de ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, psicoticismo y la obsesivo-compulsiva.

El trastorno depresivo mayor y el trastorno mixto fueron las dos alteraciones con mayores síntomas del SCL-90 y en ambos aparecía un

solapamiento con la sintomatología de ansiedad aunque en los desórdenes afectivos la sintomatología ansiosa era menor. La confluencia de estos dos tipos de sintomatología está bien documentado en la literatura acerca de la comorbilidad entre depresión y ansiedad (Black y Noyes, 1990; Dinardo y Barlow, 1990; Goodwin y Surgeons, 2002). El psicoticismo en el SCL-90R no se refiere a la sintomatología delirante y alucinatoria, sino más bien sobre la visión no realista que el paciente tiene del problema. Las alteraciones de ansiedad y del estado de ánimo, especialmente estas últimas, se asocian con un pensamiento distorsionado y negativo (Beck, 1967; Clark y Beck, 1997; Ingram, 1984; Kuiper y Olinger, 1989; Vázquez y Cameron, 1997). La susceptibilidad personal asociada a la depresión, también es una sintomatología concurrente con esta alteración dada la tendencia de estos sujetos a malinterpretar el comportamiento de los otros por su estado de inadecuación e insatisfacción. La ideación paranoide como señalan Kennedy et al. (2001) puede ser vista en estos pacientes como una respuesta de afrontamiento inadecuada.

De las Cuevas et al (1991) agrupan los diagnósticos de trastornos afectivos y del estado de ánimo y encuentran un perfil correspondiente a elevadas puntuaciones en depresión principalmente, obsesión compulsión, ansiedad y somatización; los sujetos con alteraciones de ansiedad, respondían a un perfil caracterizado por elevadas puntuaciones en ansiedad, especialmente, depresión y somatización. En consonancia con los datos de validez criterial, los perfiles que hemos obtenido en los sujetos depresivos son más coincidentes con los hallados en la literatura que los obtenidos en los sujetos con alteraciones de ansiedad. Hafksenscheid (1993) no encontró diferencias en las escalas entre los diferentes grupos diagnósticos entre neuróticos, pero mostró que la escala SCL-90 puede ser una buena medida de gravedad para diferenciar los grupos psicóticos de los neuróticos: los primeros puntuaban más en las escalas de hostilidad y suspicacia y los segundos sobre los de ansiedad fóbica.

En conclusión, atendiendo al análisis de los perfiles en cada uno de los grupos diagnósticos, se puede señalar que si bien los trastornos van asociados a un incremento en las subescalas

específicas más relacionadas con los mismos, también se asocian con otras subescalas no específicas del trastorno. En los diferentes trabajos, no hay acuerdo en la asociación específica entre las escalas del SCL-90 y el grupo diagnóstico concreto. Esto refleja la débil capacidad discriminativa de este instrumento, y por tanto, su cuestionable utilidad para la extracción de una conclusión diagnóstica. También es necesario apuntar, que los datos referidos al aumento de la sintomatología en cada una de las dimensiones cuando se comparan grupos con puntuaciones extremas en cualquiera de las subescalas, posiblemente den cuenta de la relevancia que tiene la intensidad de una alteración determinada en la aparición de otro trastorno o la concurrencia con éste. Por tanto, sería adecuado cuando se estudian los perfiles en grupos diagnósticos determinar no sólo su aparición sino también la intensidad con que se manifiesta.

Como ya han indicado otros trabajos (Bech et al., 1992; Derogatis, 1983; Schauenberg, 1999; Turner et al., 1985), las diferencias en las puntuaciones pretest y postest tras una intervención terapéutica se modifican sustancialmente, lo que muestra la sensibilidad del instrumento al cambio terapéutico.

El estudio de los promedios de la dimensión de depresión del SCL-90-R en cada una de los grupos de intensidad evaluados por el BDI, sugieren la posibilidad de aventurar un punto de corte para esta dimensión correspondiente a cada una de las categorías de severidad obtenidas por el BDI. En los datos presentes, 1.90 sería el punto de corte aproximado sobre el que la sintomatología depresiva empezaría a ser significativa. Schmitz et al (2002) encuentran una media en la subescala de depresión en un grupo de depresivos diagnosticados por la CIE-10 de 1.19 y una desviación tipo de 0.76 y en el grupo de ansiedad Media = 1.35; DT = 0.81. Otros trabajos han realizado esta correspondencia pero sus resultados no son comparables con éstos, dado que utilizan una versión anterior al SCL-90-R (Aben et al., 2002; Kennedy et al., 2001).

Antes de finalizar, hacer mención de la provisionalidad y del carácter exploratorio de estos resultados por tratarse de una muestra incidental y un estudio de naturaleza correlacional con un número escaso de sujetos. Todo ello, indica

la necesidad de posteriores estudios que contrasten y ahonden en la dirección de estos resultados.

Para finalizar, los datos encontrados en consonancia con los hallados en la literatura se suman a la conclusión y propuesta de los diferentes autores: El Listado de síntomas SCL-90-R constituye un instrumento de amplio espectro, muy útil para una primera exploración psicopatológica, para la valoración global de malestar o gravedad y para el análisis topográfico de la alteración del paciente, en cambio, no resulta ser un instrumento adecuado para la valoración dimensional del trastorno ni para su diagnóstico.

Referencias bibliográficas

- Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J. y Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and depression scale, SCL-90 and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 43, 386-393.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.), [DSM-IV]. Washington, DC: APA.
- Bech, P., Maier, W., Albus, M. y Allerup, P. (1992). The Hamilton scales and the Hopkins Symptoms Checklist (SCL-90): A cross-national validity study in patients with panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 160, 206-211.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Black D. W. y Noyes, R. (1990). Comorbidity and obsessive compulsive disorder. En, J. D. Maser, C. Cloninger (Eds.), *Comorbidity*. (p. 305) Washington, American Psychiatric Press Inc.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia Cognitiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- Cyr, J., McKenna-Foley, J. y Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one?. *Journal of Personality Assessment*, 49, 571-578.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez, F. y Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 27-30.
- Derogatis, L. R. (1977a). *SCL-90-R. Administration, Scoring and procedures Manual I for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R. (1977b). *SCL-90-R. Administration, Scoring and procedures Manual II for the revised version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. y Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dinardo PA y Barlow, DH (1990). Sindrom and symptoms co-occurrence in the anxiety Disorders. En, J.D Maser, C. Cloninger (Eds.), *Comorbidity*. (p.215) Washington, American Psychiatric Press Inc.
- González de Rivera, J. L. (1991). *El índice de reactividad al estrés*. Madrid: Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Goodwin, R. y Surgeons, M. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, 32, 1121-1124.
- Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the symptom checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 14, 751-756.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1951). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: APA
- Ingram, R. E. (1984). Information Processing and Feedback: Effects of Mood Information Favorability on the Cognitive Processing of Personally Relevant Information. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 371-386.
- Kennedy, B., Morris, Ph., Pedley, L. y Schwab, J. (2001). The ability of the symptom checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72, 277-288.
- Kuiper, N. A. y Olinger, L. J. (1989). Stress and Cognitive Vulnerability for Depression: A Self-Worth Contingency Model. En R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the Investigation of Psychological Stress* (pp. 367-391). New York: John Wiley and Sons.

- Li, Q., Huang, P., Yang, G. y Zhu, X. (2002). The SCL-90 and EPQ results of students in a military medical university. *Chinese Mental Health Journal*, 16, 426-428.
- Martínez-Azumendi, O., Fernández-Gómez, C. y Beitia-Fernández, M. (2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas psiquiatría*, 29, 95-102.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Peveler, R. C. y Fairburn, C. G. (1990). Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of the SCL-90-R. *Psychological Medicine*, 20, 873-879.
- Robles, J., Andreu, J. y Peña, M. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 1-19.
- Schauenberg, H. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist SCL 90 R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 199-206.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Franz, M., Buse, S., Karig, R. y Tress, W. (2002). Properties of the symptom Check List (SCL-90R) in a psychosomatic consultation liaison setting. *Psychological Reports*, 90, 1201-1207.
- Teri, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, Z. y Zumalabe, J. (2000). Un estudio psicométrico de tres dimensiones del cuestionario de salud mental SCL-90 y análisis diferenciales. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicopatología*, 21, 42-47.
- Turner, S., Jacob, R., Beidel, D. y Himmelhoch, J. (1985). Fluoxetine treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 5, 207-212.
- Vázquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía Cognitiva, Psicopatología y Psicoterapias Cognitivas. En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*.